

年 月 日

介護保険 高額介護(予防)サービス費等振込口座変更依頼書

赤磐市長 様

住 所 〒

申請者 名 前
続 柄
電話番号

介護保険高額介護(予防)サービス費等支給にかかる、振込先口座を下記のとおり
に変更します。

記

1 対象者

被保険者番号										
名 前										
住 所										
生年月日										

2 変更口座 ※本人以外の口座を指定する場合は、別紙委任状を添付してください。

口座振替 依 頼 欄	銀 行 農 協 信用金庫 信用組合				本 店 支 店 出張所			種 目	口座番号				
	金融機関コード				店舗コード			1. 普通預金					
								2. 当座預金					
								9. その他					
	フリガナ												
口座名義人													

市確認欄	代理権	☐ 委任状 ☐ 本人の被保険者証 ☐ 戸籍謄本 ☐ その他
	1 点	☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ パスポート ☐ その他
	2 点	☐ 被保険者証 ☐ 負担割合証 ☐ 健康保険証 ☐ 通帳 ☐ その他